

Année 1927

THÈSE

N° 239

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marie BLÉCON

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Né le 22 Octobre 1901, à Guer (Morbihan)

Iléus et Rachianesthésie

Président : M. P. DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0105

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marie BLÉCON

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

Né le 22 Octobre 1901, à Guer (Morbihan)

Iléus et Rachianesthésie

Président : M. P. DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	ROGER
Physique médicale.....	STROHL
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
	GILBERT
Clinique médicale.....	BEZANCON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SEBILEAU
Clinique propédeutique.....	DUVAL
Professeur sans chaire.....	SERGENT
	ROUVIERE
	BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	DEBRE.....	Hygiène.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	I. DE JONG....	Anatomie pathologique.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR.....	Médecine légale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	ÉCALLE.....	Obstétrique.
BINET.....	Physiologie.	FIESSINGER....	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	FOIX.....	Pathologie médicale.
BRULE.....	Pathologie médicale.	GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	HARVIER.....	Pathologie médicale.
CHAMPY.....	Histologie.	HEITZ-BOYER..	Urologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	HOVELACQUE..	Anatomie.
CLERC.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RICHET Fils ..	Physiologie.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VELTER.	Ophthalmologie

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.

ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LE LORIER....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERER....	Histologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VILLARET....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
LOEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE. A MA MERE

Bien faible témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance, pour les nombreux sacrifices imposés par mes longues années d'étude.

A MES SOEURS

A MES TANTES

Mademoiselle B. DUPUIS.

Mademoiselle M. BLÉCON.

A MES PARENTS. — A MES AMIS

Témoignage de mes sentiments très affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET

Professeur de clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET

*Professeur de Clinique médicale
et Directeur de l'Ecole de Médecine*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Pathologie chirurgicale

Dont nous avons été successivement l'interne.

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE

ET DES HOPITAUX DE RENNES

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL.

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale

Officier de la Légion d'honneur

A qui nous exprimons notre respectueuse
reconnaissance, pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de notre thèse.

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études de médecine, il nous est agréable de remercier nos maîtres de l'Ecole de Rennes, pour la sollicitude et les conseils éclairés dont ils ont toujours bien voulu nous honorer.

Ils ont su, dès nos premiers pas dans cette voie nouvelle, gagner notre confiance, et nous ont appris la médecine en nous la faisant aimer.

Tandis que, durant notre stage, M. le Professeur LE DAMANY nous enseignait avec patience et tenacité l'art de dépister la maladie sournoise, et que sa science de clinicien accompli cherchait à diffuser dans notre cerveau curieux, mais trop neuf de « première année », M. le Professeur LE MONIET nous initiait aux secrets de la chirurgie. La précision de son enseignement méthodique, sa grande clarté d'exposition, sa discussion du diagnostic, nous firent solliciter la place d'externe en son service l'année suivante, et nous avions, en troisième année, l'honneur d'être son interne.

Nous comprîmes alors, mieux qu'avant peut-être, la satisfaction du diagnostic exact quand nous voyions, sous sa main élégante, le bistouri cheminer sans hési-

lation vers la lésion pathogène et apporter la santé en enlevant le mal.

L'année suivante, nous entrions comme interne de médecine, chez M. le Professeur FOLLET, directeur de l'Ecole, et pendant ce temps qui nous sembla très court, nous eûmes le loisir d'étudier quantité de malades et de maladies. La sagacité de notre maître nous aida toujours à démêler les cas ennuyeux, en attribuant à chaque symptôme sa valeur réelle.

Sa profonde psychologie du malade, son esprit acuminé d'observation, la sagesse de son raisonnement clinique devaient nous apprendre à faire face aux difficultés d'un diagnostic médical.

Enfin, l'an dernier, M. le Professeur MARQUIS nous faisait l'honneur de nous accepter comme interne au « Centre anticancéreux de l'Ouest ». Il fut pour nous le maître et l'ami. En dehors du service, dans lequel il nous laissa bientôt, une grande liberté d'action qu'il contrôlait avec attention et bienveillance, il voulut toujours bien nous prodiguer avec amabilité des conseils judicieux. Nous voudrions nous être imprégné un peu de son esprit réfléchi et calculateur qui le conduisait à un discernement avisé.

C'est lui qui a bien voulu nous indiquer notre sujet de thèse, nous fournir plusieurs observations personnelles et nous aider dans notre travail. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse et amicale reconnaissance.

Nous exprimons aussi nos remerciements les plus sincères à M. le Professeur LEFEUVRE, pour l'aide pré-

cieuse qu'il nous apporta en guidant les recherches physiologiques dont nous avons besoin.

Enfin nous dirions mal nos sentiments, si nous taisions ici, notre gratitude pour tous les docteurs que nous avons connus à l'Hôtel-Dieu : M. le Docteur HARDOUIN dont nous avons été quelque temps l'interne à la Maternité ; MM. les Docteurs PELLÉ, QUENTIN, HUCHET, DAYOT, CASTEX, CHÉNET, CHEVREL, BODIN, LE GAL LA SALLE, BOURDINIÈRE. Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de leurs doctes leçons cliniques et les remercions sincèrement de l'excellent accueil què nous avons toujours reçu dans leurs différents services.

Nous associerons dans un même sentiment de sympathie reconnaissante les Docteurs BAUDET et LE BALLE qui nous ont communiqué, chacun, une observation intéressant notre sujet de thèse.

Le Docteur LE BALLE nous aida souvent dans notre tâche d'interne en chirurgie, alors qu'il était assistant dans le service du Docteur LE MONIET et nous le remercions d'avoir remplacé par une bonne et simple amitié la distance qui séparait nos titres.

INTRODUCTION — HISTORIQUE

A son entrée dans le domaine chirurgical, la rachianesthésie, selon la méthode de BIER, c'est-à-dire l'injection dans le liquide céphalo-rachidien d'une solution cocaïnée, fut l'objet d'une attention toute spéciale.

Ses partisans convaincus voulaient voir en elle la panacée anesthésique, tandis que des adversaires résolus la condamnaient avec dédain. De violentes discussions s'entamèrent dès que TUFFIER voulut en 1899 l'introniser en France, et il fallut la patiente tenacité de ce dernier pour imposer cette méthode, en la défendant contre les attaques réitérées d'ennemis, dont RECLUS fut le « porte-bannière courageux et l'avocat éloquent. »

Ce procédé commode d'anesthésie sortit de la lutte, assez vivace et depuis lors paraît avoir sa place bien assise au milieu des autres anesthésiques généraux. Jusqu'à ce jour, ses indications semblaient assez nettement posées, ainsi que ses contre-indications, et quelques rares escarmouches venaient de temps en temps troubler sa quiétude sans la détruire.

Certains chirurgiens l'emploient avec empressement, d'autres s'en servent quand les circonstances les y obli-

gent, et d'autres enfin, plus rares, la rejettent systématiquement.

Nous n'entreprendrons pas ici de faire le panégyrique ou le procès d'une méthode que le temps, excellent juge, a consacrée, et nous lui concédons des avantages et des inconvénients.

Nous envisagerons seulement la question du point de vue particulier sous lequel M. le Professeur P. DUVAL la présentait à la Société de Chirurgie de Paris le 9 février 1927 : « La rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës ; indications ; résultats. »

A cette séance nous voyons rapportées de nombreuses observations, disant que chez des malades atteints du syndrome iléus, quelle qu'en soit la cause, la rachianesthésie suffit pour lever l'obstacle et produire presque immédiatement une abondante évacuation de matières, guérissant ainsi l'occlusion.

Cette communication est certes très intéressante, mais avouons-le, en partageant l'avis de son auteur lui-même, quelque peu surprenante.

Que la rachianesthésie provoque dans certains cas, chez des occlus, une émission de matières, souveraine contre les accidents, le fait est absolument exact — rien ne prévaut contre la constatation clinique — mais, que ce soit là une règle générale, absolue, et suffisante pour dispenser de la thérapeutique chirurgicale... nous n'osons le croire et allons essayer dans notre étude de faire la part de la vérité.

Cette importante question qui fait aujourd'hui chez nous, son entrée officielle avec le rapport de P. DUVAL

n'est, à vrai dire, pas un nouveau-né. Elle a déjà manifesté son existence et retenu l'attention de chirurgiens, tant étrangers que français. Toutefois, si nous trouvons notée l'émission de matières pendant intervention sous rachianesthésie, pour occlusion intestinale, c'est plutôt une constatation banale et il ne semble pas que le chirurgien ait eu l'intention, alors, de rapprocher deux faits dont l'un serait conséquence de l'autre.

C'est ainsi que WAUGH dans « The lancet » du 17 février 1912, emploie la rachianesthésie chez un enfant âgé de 24 heures et atteint d'occlusion intestinale aiguë par ligature du diverticule de MECKEL dans le cordon. Il fait une entéro-anastomose latéro-latérale, rentre son intestin et « presque immédiatement après se produit une abondante évacuation de méconium par le rectum. »

De même le Docteur MARQUIS nous présente l'observation d'une « femme F..., 36 ans, énorme, dont le ventre était extraordinairement météorisé » et qu'il opéra en 1913. « Après rachianesthésie à la stovaïne, laparotomie médiane et détorsion d'un volvulus à plus de 180° du grêle, se produisit immédiatement une évacuation considérable de matières semi-liquides, tandis que l'intestin s'affaissait aussitôt et reprenait en quelques instants, sous ses yeux et à sa grande surprise, des dimensions sensiblement normales. »

Il faut arriver à WAGNER G. A. en 1922 pour entendre parler sérieusement de l'iléus paralytique et de la rachi. Il propose ce mode d'anesthésie, comme traitement de cette variété d'occlusion. « L'effet, nous dit-il, est rapide et énorme, et 3 à 5 minutes après l'injection de tropo

ou de novocaïne, se produit, comme une explosion, le rejet de matières avec gaz... Nous avons, ajoute-t-il, préconisé la rachi comme traitement de l'iléus paralytique dans une série de cas tout à fait variés de péritonite : post abortum, post partum, après appendicectomie, rupture de pyosalpinx, etc... et constaté une prompte évacuation de l'intestin dans ces cas. » Il rapporte même le fait de plusieurs opérations commencées, puis arrêtées dès le rejet de matières, parce que cela était suffisant et la ponction ou l'entérostomie superflues.

A la discussion qui suit sa communication, BERTHIN (Königsberg) dit partager cet avis dans le cas de péritonite, et MAYER (Tübingen) apporte deux cas d'iléus spastiques, guéris par la rachianesthésie.

La question semble intéresser alors nos confrères d'Outre-Rhin, et MAYER signale cette même année l'action bienfaisante de la rachi dans les iléus paralytiques et les iléus spastiques post-opératoires. Une de ses malades, récemment opérée, présentant le syndrome d'occlusion intestinale par spasme, il essaya de tous les moyens médicaux et fit une injection intraveineuse d'hypophyse en solution dans de l'eau physiologique ; mais n'obtenant aucun résultat « se résolut à faire une nouvelle laparotomie sous rachianesthésie. Aussitôt l'injection intrarachidienne de novocaïne et suprarenine, tout à coup, avant l'ouverture de l'abdomen, il y eut un rejet abondant de matières », ce qui le dispensa de réopérer. Sa malade guérit sans aucune autre complication. Quant à l'iléus mécanique « il ne connaît pas

de résultats par la rachi seule et pense même qu'elle peut être dangereuse » en pareil cas.

C'est par Lyon en 1923, que la question fait sur notre sol, son apparition solennelle. Des observations de BONNIOT paraissent, et d'intéressantes communications de COTTE, de LERICHE viennent allumer le feu du débat. Depuis lors quelques étincelles s'en échappèrent pour en rappeler seulement l'existence.

En novembre 1925, TASSO ASTÉRIADÈS rapporte trois observations d'iléus traités avec succès par la rachianesthésie, et conclut « ...sur cet iléus spasmodique post-opératoire, qui apparaît dans les premiers jours d'une laparotomie idéalement aseptique, l'anesthésie médullaire agit promptement, sûrement, sans aucune autre intervention, avec le minimum de risques et le guérit. »

Décembre 1925 voit une communication de LEFEBVRE, de Toulouse ; celui-ci pense que « quand il s'agit d'arrêt des matières intestinales, il est de la plus logique prudence d'aller voir ce qui se passe. »

Enfin nous arrivons en février 1927 ; la question est nettement posée de l'influence médicatrice de l'anesthésie intra-rachidienne, les avis sont divers, le feu qui couvait veut maintenant flamber, la discussion est ouverte.

La rachianesthésie peut-elle guérir l'iléus ? Comment agit-elle ? Dans quels cas ? Quelle est la conduite à tenir après son emploi dans cette affection ?

Telles sont les principales questions auxquelles nous allons essayer de répondre, en nous appuyant surtout sur des considérations cliniques.

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE

Sans vouloir juger ici les classifications nombreuses des iléus suivant leurs causes, leurs symptômes ou leur siège, nous adopterons celle qui nous paraît la plus générale et la plus simple.

Iléus dynamique par perturbation fonctionnelle de la motricité intestinale.

Iléus mécanique par obstacle sur l'intestin s'opposant à la progression des matières.

Dans la première catégorie nous rangerons l'iléus paralytique et l'iléus spasmodique ; nous subdiviserons la seconde en iléus mécanique « complet secondairement » et « complet primitivement. »

Nous ne parlons pas de l'iléus mécanique partiel, c'est-à-dire de celui dans lequel la lumière intestinale n'est pas tout à fait obturée ; c'est là un stade intermédiaire qui aboutira à l'iléus complet et ne donne pas le syndrome d'iléus aigu.

Nous entendons par « complet secondairement » l'iléus qui a d'abord été partiel, puis s'est constitué définitivement par suite de troubles circulatoires ou autres, au niveau de l'obstacle ; et par « complet primitive

ment » l'iléus d'emblée constitué, tel qu'il serait produit par un lien serrant, brusquement et très dur, l'intestin sur lequel il serait maintenu.

Pour comprendre le mécanisme de la rachianesthésie dans l'occlusion, nous devons d'abord voir sommairement, comment celle-ci peut se produire et ce qui se passe à son niveau.

Prenons l'exemple d'un anneau inguinal. Sous l'influence d'une cause quelconque augmentant la pression à l'intérieur de l'abdomen (effort de toux) une anse intestinale tendra à s'engager dans l'anneau, le franchira petit à petit en vainquant son élasticité, mais n'aura pas de tendance à sortir spontanément : aucune pression extérieure ne la refoule, et d'autre part, suivant la théorie de LOSSEX-BERGER, le mésentère qui s'est étalé en éventail forme, quand il s'agit du retour, un coin, qui bloque l'anse vagabonde.

RICHTER, qui défendit cette théorie de l'étranglement élastique, admit même « une contraction, un resserrement spasmodique de cet anneau. » Par suite de l'irritation locale rien n'empêche, en effet, les muscles striés voisins, de réagir par un spasme et c'est là peut-être une raison de plus, si minime soit-elle, pour contrarier la réduction de la hernie ; d'autant que la douleur apparaît bientôt et provoque une contracture défensive de la paroi abdominale, qui augmente encore la pression à l'intérieur.

Nous n'insistons pas sur le mécanisme de l'étranglement que tout à tour les théories de GOURSAUD (engouement), de MALGAIGNE et BROCA (inflammation), de RICH-

TER de BUSCH (coudure brusque et l'expérience célèbre de O'BEIRN, ont contribué à expliquer, en apportant chacune, une plus ou moins grande part de vérité. Retenons seulement les phénomènes vasculaires au niveau de la striction et dans son voisinage, et notons quelques lésions importantes.

En même temps qu'il serre l'intestin, l'agent d'étranglement oblitère aussi les vaisseaux : « des gaz et surtout des liquides, nous dit PATEL, abondamment sécrétés par suite de l'hypervascularisation de la muqueuse, s'accumulent sous pression dans son intérieur, l'anse se distend, prend une forme arrondie et globuleuse ; l'œdème se manifeste par un épaissement des tuniques intestinales qui ont perdu leur souplesse normale. » Alors apparaissent les lésions destructives qui, après la muqueuse, attaquent vite la couche musculaire. Celle-ci devient fonctionnellement inexistante au niveau du sillon de strangulation, et pour peu que le phénomène dure, elle est détruite (Pierre PRÉCHAUD). C'est là une constatation des plus importantes et qui va nous être très utile dans l'explication de la physiologie sous la rachianesthésie.

L'innervation du tube digestif est, nous le savons, régie par les deux grands systèmes sympathique et pneumogastrique ou parasympathique. Leur étude physiologique a donné lieu à un nombre considérable d'expériences, excessivement délicates, mais qui n'ont pas toujours été suffisamment concluantes ; on a admis un rôle excito-moteur au pneumogastrique, et au sympathique une double action excito-motrice et inhibitrice. Cette

double action est bien commode, mais aurait besoin d'être un peu précisée. Il est cependant des résultats qui semblent indiscutables et à l'heure actuelle, d'après les expérimentations de laboratoires, d'accord en cela, avec les constatations cliniques de la thérapeutique médicale ou chirurgicale, les points suivants paraissent acquis.

L'excitation du sympathique donne, entre autres résultats : un relâchement de la musculature lisse du grêle et une contraction du sphincter pelvien.

L'excitation du parasymphatique donne le spasme intestinal, une contraction du muscle vésical et un relâchement du sphincter vésical.

Quant à la moëlle dorsale, nous dit J.-F. GUYON, « elle ne commande aux mouvements de l'intestin grêle que par l'intermédiaire du grand splanchnique, depuis la sixième vertèbre dorsale jusqu'à la première lombaire. Sur toute cette étendue, son excitation provoque l'inhibition des mouvements péristaltiques, comme PFLUGER l'a constaté le premier, et après lui nombre de physiologistes qui ont décrit des centres d'arrêt dans cette région. »

Nous savons avec A. PISUNER et PUCHE que « les voies nerveuses qui unissent l'intestin terminal à la moëlle ne sont plus le pneumogastrique et les grands splanchniques, mais les nerfs pelviens pour le parasymphatique, et les fibres sympathiques qui passent par le ganglion mésentérique inférieur pour atteindre le petit splanchnique. »

Ceci d'ailleurs ne changera pas nos déductions d'ex-

périmentation, puisque l'étude de la fonction réflexe du ganglion mésentérique inférieur et celle de l'excitation des nerfs érecteurs sacrés, conduit aux mêmes résultats que l'étude du sympathique et parasympathique.

L'iléus paralytique peut-il exister seul ? L'iléus spasmodique peut-il exister seul ? — Ce sont là des problèmes dont la solution, à dire vrai, nous importe assez peu pour le moment, car la rachi nous semble pouvoir agir sur l'un, comme sur l'autre cas. Nous ne voyons pas pourquoi l'iléus paralytique n'existerait pas seul. Il peut être le fait, surtout chez le vieillard, d'une altération de la musculature intestinale ou résulter de la fatigue musculaire survenant au cours de la lutte engagée par un segment d'intestin contre un obstacle. Il se produit ainsi une véritable asystolie des fibres musculaires, qui peut très bien persister après la levée de l'obstacle, ou la cessation d'un spasme.

En outre, spasme et paralysie existent simultanément et l'un près de l'autre sur l'intestin, sans toujours, pour cela, signifier une occlusion : on peut parfaitement rencontrer chez un typhoïdique souffrant de coliques (spasme) du météorisme abdominal (parésie).

Le spasme nous semble de même, s'il persiste, devoir s'accompagner de dilatation puis de parésie des anses sus-jacentes.

« Les excitations, provenant du péritoine et de certaines aires cutanées, nous dit KING, — parties postérieures du corps et abdomen en particulier — diminuent le tonus et les mouvements de l'intestin grêle. Les splan-

chmiques constituent les voies efférentes de ces réflexes, les vagues n'y participent probablement pas... »

Nous considérerons donc, que la paralysie intestinale va de pair avec l'excitation du sympathique, et qu'elle est assez rarement consécutive à un spasme pur, celui-ci étant presque toujours un phénomène transitoire, et par là même, incapable à lui seul, de déterminer un iléus. Ce spasme rare n'en est pas moins très possible et serait alors dû à une excitation du parasymphatique.

Rappelons maintenant un point de physiologie. Laisant de côté la péristaltique intestinale normale qui fait progresser les matières vers l'anús, nous retiendrons ce fait, curieux sans doute, mais que nous considérons d'une importance capitale pour notre démonstration : « Dans les territoires innervés par chacune des branches que le grand sympathique envoie à l'intestin, leur excitation provoque, en effet, le relâchement des fibres longitudinales et la contraction des fibres circulaires. Mais cette réaction inverse (de la normale) se produit seulement lorsque l'intestin est placé dans des conditions anormales : circulation défectueuse et perte de tonicité des parois intestinales. » (D. COURTADE et J. GUYON).

C'est là le *phénomène* d'ERHMANN, que celui-ci avait fort bien observé, mais qu'il avait eu tort de considérer comme normal : il faut, en réalité, pour sa manifestation, des conditions spéciales, celles que précisément nous constatons dans l'iléus.

Munis de ces renseignements dont l'exposé rapide était nécessaire, nous allons voir quelles modifications, la rachianesthésie va faire subir à la physiologie décri-

te, et comment dès lors, pourrait s'expliquer la production d'une selle dans le cas d'occlusion aiguë.

Lors de l'application en France de la rachianesthésie aux interventions chirurgicales, quand elle en était seulement au stade d'essai, pourrait-on dire, les moindres détails de l'opération étaient rapportés dans l'observation. C'est en les examinant ensuite, en pesant le pour et le contre, les avantages, les commodités, les incidents et les inconvénients que les chirurgiens purent se faire une opinion sur la valeur de la méthode.

Dès ce moment, SCHWARTZ signale l'évacuation de matières sur la table d'opération « comme un inconvénient de la rachianesthésie » (séance 8 mai 1901 à la Société de Chirurgie) et sur 150 rachis pour interventions sur membres inférieurs périnéales, hernies ou appendicites, LEGUEU (séance 22 mai 1901) « note dans dix cas le relâchement du sphincter avec défécation involontaire. » Naturellement le fait s'explique facilement chez des individus non atteints d'occlusion et dont le sphincter est relâché ; le péristaltisme de l'intestin peut continuer de s'effectuer normalement et il est évident que si des matières sont là, qui n'étaient retenues dans le rectum que par la volonté du sujet, l'effet ne se fera pas attendre. Par contre, qu'on fasse une rachie à un individu normal qui vient d'aller à la selle et de vider énergiquement son tube intestinal inférieur, l'émission de matières aura bien peu de chances de se produire.

« Si nous ne l'observons pas, (l'émission de matières) plus souvent dans la pratique courante, après la rachianesthésie, dit CORTE, c'est qu'habituellement, nos mala-

des ont été soigneusement préparés, et que l'intestin a été vidé complètement avant l'intervention.... Mais qu'il y ait une défaillance dans cette préparation et l'on constate alors l'évacuation de matières au cours de l'opération. C'est un fait, même, qui m'a paru si constant, que depuis bientôt six mois, les malades ayant été purgés la veille, je leur fais donner, dans les douze heures qui précèdent la rachianesthésie, dix centigrammes d'extrait thébaïque ou de pantopon, en doses fractionnées. »

Voyons ce qui se passe chez des occlus rachianesthésiés.

La cocaïne circule dans le liquide céphalo-rachidien et baigne ainsi la moëlle et ses racines, tout au moins les racines postérieures, puisque nous savons que dans la rachi, l'anesthésie peut être parfaite et la motilité conservée. Doit-on expliquer ce fait en pensant avec LERICHE que les racines antérieures ne sont pas environnées de solution anesthésique et que celle-ci est restée autour des racines postérieures seules, c'est-à-dire, près du point d'injection ? — Que la diffusion puisse être évitée en prenant certaines précautions « solution hyper ou isotonique, injection lente sans soustraction préalable de liquide C. R., et sans barbotage », nous l'admettons à la rigueur, mais croyons plutôt que cette « anesthésie régionale radiculaire postérieure » est infiniment rare en pratique. A notre avis les racines antérieures sont en contact avec la solution cocaïnée, mais nous savons que sans être un « curare sensitif » la cocaïne agit d'abord sur les racines sensitives (DASTRE), peut-être plus sensibles, et que les racines motrices sont dans certains cas, assez

peu touchées pour répondre encore aux ordres de l'encéphale (mouvements volontaires). Disons à ce sujet que l'on peut considérer comme nulle, la quantité d'anesthésique absorbée directement par la moëlle. La cocaïne crée donc sur la racine postérieure sensitive une section physiologique et ceci nous explique la disparition des réflexes.

Puisque donc notre tonus sphinctérien est disparu, la porte est ouverte aux matières à condition qu'elles arrivent jusque-là.

Comment peuvent-elles y parvenir ?

Nous venons d'admettre que la solution de cocaïne ne restait pas simplement au point d'injection et qu'elle circulait autour de la moëlle. Elle inhibera le parasympathique et le sympathique par l'intermédiaire des « rami communicantes » et cette action nous explique déjà une partie du problème.

Reprenant le résultat indiqué plus haut, d'une excitation du sympathique et du parasympathique, nous concluons que l'action inverse, l'inhibition, permettra :

a) pour le sympathique, une contraction de la musculature lisse du grêle et le relâchement du sphincter pelvien.

b) pour le parasympathique, la cessation du spasme intestinal, le relâchement du muscle vésical et la contraction du sphincter vésical.

Cette dernière action sur le parasympathique se trouve expliquer suffisamment, pourquoi une cystoscopie difficile sous narcose générale, devient parfois d'une grande facilité sous rachianesthésie.

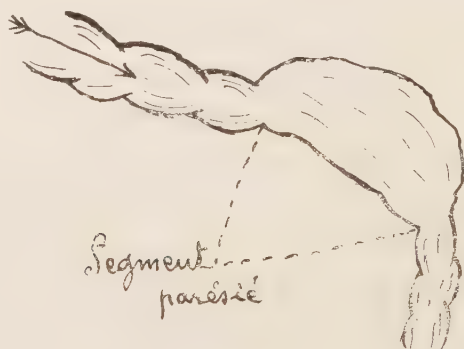
Rappelons en passant que l'inhibition de la moëlle

dorsale — expérience de PFLUGER — donne sur l'intestin les mêmes résultats que l'inhibition du sympathique.

Appliquons ces résultats à l'iléus dynamique.

1° Est-ce un iléus paralytique pur ?

Le segment paralysé forme sur le trajet intestinal une portion inerte qui suffit, sans parler de sa tendance à la coudure sous l'influence des ondes péristaltiques sus-jacentes, qui suffit, disons-nous, pour arrêter la progression des matières. Mais, que cette motilité reprenne et



les matières intestinales suivront leur trajet normal. C'est ce que peut produire l'inhibition du sympathique en augmentant le péristaltisme déjà existant, et en rendant aux fibres musculaires paralysées, leurs contractions.

2° S'agit-il d'un iléus spasmodique, accompagné, puisque nous avons vu que c'était le cas le plus fréquent, de parésie dans les anses sus-jacentes ? L'inhibition du parasympathique fait cesser le spasme, et les anses parésiées, stimulées par suite de l'inhibition du sympathique, font progresser les matières.

Dans ces cas d'iléus dynamique pur, nous voyons

donc que la rachianesthésie peut donner une selle en guérissant l'iléus. Son action est analogue à celle de la péristaltine et de l'atropine ; la première combat l'iléus en excitant les contractions intestinales, la seconde en faisant cesser le spasme.

3° Enfin nous arrivons à l'occlusion mécanique. Ici le fonctionnement est beaucoup plus complexe et nous l'étudierons d'abord sur l'iléus mécanique « complet secondairement ».

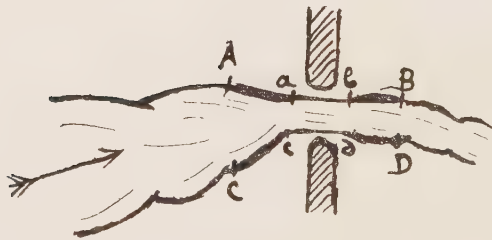
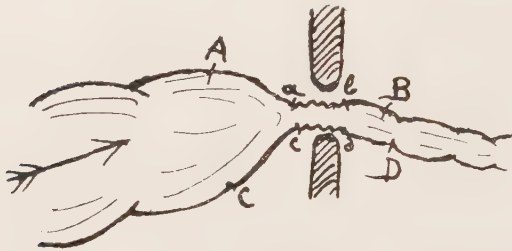
Rappelons-nous ce que nous avons dit au début de ce chapitre, pour trancher de suite le cas particulier de l'anse venant de s'étrangler dans un anneau de la paroi abdominale. Dans ce cas, sous influence de la rachi, la douleur est supprimée, la contracture musculaire disparaît, la pression à l'intérieur de l'abdomen diminue quelque peu et dans certains cas, que nous croyons malgré tout assez rares, la hernie, aidée par des mouvements vermiculaires de l'intestin, se réduira spontanément par l'orifice élargi. Ce résultat heureux n'en reste pas moins l'exception, et nous devons examiner ce qui a lieu dans des cas plus généraux tels que l'occlusion par bride, volvulus, etc...

Comme précédemment la motilité intestinale reparait sous l'influence de la rachi, et c'est ici que le phénomène d'ERHMANN prend toute son importance. « Sur un intestin où la circulation est défectueuse et dont les parois ont perdu leur tonicité, il se fait une contraction des fibres longitudinales, avec relâchement des fibres circulaires. »

Entre A et B nous avons des fibres longitudinales ;

ou elles existent encore au niveau du sillon d'étranglement (s) ou elles n'existent plus.

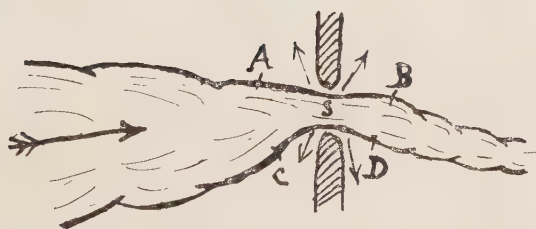
a) Si elles existent encore, au moment de leur contraction, le segment compris entre A et B redresse sa courbure, appuyant plus fortement la séreuse contre



l'anneau de striction. De même entre C et D et sur tout le segment intestinal compris entre AC et BD. Ce redressement des courbures tend, nous le voyons, à créer une lumière au niveau de l'étranglement. Si cette lumière se produit elle livre passage aux gaz et aux matières et l'obstacle est momentanément vaincu. Une selle sera possible.

b) Si au niveau de la striction, par suite de son an-

cienneté par exemple, la fibre longitudinale est inexistante (elle peu l'être fonctionnellement, sans être détruite anatomiquement, auquelcas une rupture serait bien à craindre), nous avons là entre *a* et *b* une membrane inerte, et notre fibre n'est active, efficace qu'entre *A* et *a*,



B et *b*. Au moment de la contraction, *Aa* se raccourcit, se ramasse sur lui-même ; *Bb* en fait autant, de sorte que notre membrane inerte comprise entre ces deux segments actifs se trouve tendue.

a prend la direction de *A* et *b* la direction de *B*. La même chose s'effectue sur *Cc* et *Dd* et ces actions combinées créent encore une lumière, un passage intestinal.

Nous voyons, par le même mécanisme absolument,

se faire la réduction de l'obstacle dans le cas d'une simple coudure de l'intestin. AB en se contractant tend à effacer l'éperon qui obstrue le conduit intestinal.

Ce qui se produit sur un segment de l'intestin, peut tout aussi bien se produire sur deux segments placés dans les mêmes conditions, et le mécanisme invoqué dans les cas précédents, nous défend de nier « *a priori* » l'effet évacuateur de la rachianesthésie pour une occlusion « secondairement complète » telle qu'elle serait



constituée par une anse intestinale engagée sous une bride. Voir la figure.

Abordons maintenant une autre cause d'iléus, que la rachianesthésie aurait vaincue (observation de BOPPE) pour produire une selle ; nous voulons parler du volvulus.

Certes, nous n'avons pas la prétention de vouloir faire agir la rachi dans tous les cas, d'autant que les faits viendraient vite nous donner tort, et nous savons pertinemment qu'une possibilité d'action n'est pas une obligation. Mais puisque nous essayons de comprendre des

résultats, nous devons avoir à notre disposition, le plus possible de sources d'interprétation.

Soit donc un volvulus simple, partiel dont le degré de torsion est voisin de 180° . Il se trouve être dans les conditions requises pour l'observation du phénomène d'ERHMANN, car au niveau de la torsion, la circulation



est inévitablement défectueuse, l'anse intestinale afférente et l'anse intermédiaire qui forme la boucle, sont distendues. La contraction des fibres longitudinales donnera, comme toujours, un redressement des courbures et il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure ci-jointe, pour voir par la pensée que l'aboutissement de cette action musculaire sera la détorsion.

4°) Il nous reste à envisager l'iléus mécanique « complet primitivement », celui dans lequel la lumière intestinale est entièrement et d'emblée, bouchée par un

obstacle fixe, rigide, inaltérable par quoi que ce soit. Nous ne voyons alors pas d'autre moyen pour lever l'obstruction que celui d'enlever l'obstacle, et nous pouvons affirmer que dans ce cas la rachi sera matériellement impuissante.

Nous avons émis cette théorie qui reste une hypothèse en négligeant l'action des centres ganglionnaires propres de l'intestin. Sans doute, on a voulu parfois, faire jouer à ceux-ci des rôles dans des phénomènes auxquels ils étaient probablement étrangers ; notre hypothèse est peut-être plus générale et s'appuie sur des faits d'expérimentation. Nous n'en pensons pas moins, que d'autres explications comme par exemple celle de CHÉNUT pour qui « la rachianesthésie en supprimant l'action inhibitrice de la moëlle sur les centres ganglionnaires, rend à ceux-ci leur pouvoir excitateur de la péristaltique intestinale » ne sont pas dépourvues de raisonnement et ne doivent pas être condamnées avant d'avoir reçu de véritables infirmations scientifiques. Cette théorie viendrait même aider la nôtre, et il n'est pas inadmissible que les ganglions de l'intestin ajoutent leur action auto-excitatrice à l'inhibition du sympathique.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

OBSERVATIONS

Voici l'obstacle levé, au moins momentanément et la déplétion de l'intestin produite. Aussitôt la situation abdominale est changée : le ventre est aplati, l'intestin a repris des dimensions normales, les anses sont affaissées.

Le résultat immédiat est celui d'une entérostomie et même de l'entérostomie idéale : aucune plaie opératoire, aucun risque d'infection au niveau de la « bouche » qui est plus vite refermée que toute incision ; le transit intestinal reprend. En outre, cette issue porte sur le gros intestin et présente ainsi l'avantage d'éviter la dénutrition rapide et la cachexie qui peuvent suivre l'abouchement d'une anse grêle.

Il nous semble inutile de rappeler longuement ici, les avantages de l'entérostomie. Ses résultats immédiats sont merveilleux dans l'immense majorité des cas. « La soupape que l'on crée, permet l'évacuation de l'intestin et bien souvent, à la suite de cette évacuation, le cours naturel des matières se rétablit de lui-même... Que si les choses ne se passent pas aussi heureusement et que le malade sauvé des accidents qui le menaçaient immé-

dialement, continue à perdre ses matières par l'anüs artificiel, ne sera-t-il pas relativement simple à ce moment, le ventre étant plat et souple, l'état général étant meilleur, de recourir alors à une laparotomie secondaire, pour lever cette fois l'obstacle ? ». Nous saurons tout à l'heure que penser de cette fin de phrase que NÉLATON prononçait en 1897.

Pour l'instant, sachant ce que nous pourrions attendre de la rachianesthésie; occupons-nous de quelques histoires cliniques et voyons ce que donne en réalité ce « procédé thérapeutique ».

I. — OBSERVATION (MAYER)

« Deux fois, à la suite de laparotomies, se développèrent quelques jours après l'opération, des phénomènes d'iléus avec météorisme et vomissements. Toutes les thérapeutiques ayant échoué, je me décidai à une seconde laparotomie, avec une seconde rachianesthésie.

Aussitôt après l'injection intra-rachidienne avec de la novocaïne suprarénine, tout à coup, avant l'ouverture de l'abdomen, l'émission de matières et de gaz se produisit, qui fit surseoir à l'opération et fut suivie d'une guérison complète. »

II. — OBSERVATION (MARQUIS)

M. B..., 35 ans, arrive à la clinique le 20 mars 1926, pour occlusion intestinale aiguë datant de 4 jours. Rachianesthésie de 0,10 de scurocaïne. Au moment de l'incision, avant l'ouverture de l'abdomen, odeur et bruit caractéristiques. Le ventre s'est aplati, si bien qu'après laparotomie, l'intestin paraît absolument normal. On n'en dévide pas moins tout le grêle et explore avec soin le gros intestin ; il

est impossible de trouver la cause de l'iléus. On refait la paroi. Suites normales ; le malade va régulièrement à la selle tous les jours, sans purgatifs, ni lavements.

Le dixième jour, ni selle, ni gaz, le lendemain non plus — lavements sans aucun résultat — le ventre est ballonné, aucune température, pouls régulier à 88. Nouvelle rachianesthésie, qui provoque bientôt une selle pâteuse, abondante. Le malade est reconduit dans son lit et on le garde en observation. Dix-sept jours plus tard, il quitte la clinique, guéri, sans avoir présenté, à nouveau, de symptômes d'occlusion.

III. — OBSERVATION (BONNIOT)

.... femme, 68 ans ; *occlusion aiguë, datant de cinq jours. Diagnostic : cancer du colon gauche. Rachianesthésie. Une minute après, se produit une véritable débâcle diarrhéique ; en quelques minutes, l'abdomen est complètement aplati, souple ; toute trace de ballonnement a disparu. Le lendemain, nouvel arrêt des gaz, réapparition du ballonnement. Laparotomie. On trouve deux brides épiploïques sténosant le colon transverse. Section. Guérison.

IV. — OBSERVATION (BAUDET)

Appelé d'urgence à X..., pour femme, 52 ans, en état d'occlusion aiguë. Depuis trois jours, ni gaz, ni matières ; douleurs paroxystiques vives, vomissements bilieux à plusieurs reprises. Urines rares, teint terreux. Langue sèche, pouls régulier, bien frappé à 100. Température normale. La malade n'a pas maigri, et n'a pas présenté de crises analogues. Abdomen régulièrement distendu, pas de mouvements péristaltiques, pas de clapotage. Touchers : rectal et vaginal négatifs. Aucune tumeur perçue.

Rachianesthésie 0, 12 scurocaine entre L3 et L4. J'attends dix minutes, pour voir si une selle se produira. Rien.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; anses grêles distendues en certains points, contractées en d'autres ; nulle part de coloration anormale. Cœcum et transverse distendus, anse sigmoïde et colon descendant aplatis. Région de l'angle splénique longuement explorée à la main et à l'œil. Rien d'anormal n'est perçu. Je décide d'inciser dans la fosse iliaque droite et de fixer le cœcum à la paroi, pour être à même de le fistuliser les jours suivants, si besoin est.

A peine la peau est-elle incisée, qu'une évacuation de matières et de gaz, extrêmement abondante se produit. Suture des deux incisions.

Ni gaz, ni matières pendant 48 heures ; ensuite gaz et selles régulières. Suites opératoires très simples. Guérison.

V. — OBSERVATION (MARQUIS)

M. G..., 49 ans. — Amené d'urgence à la clinique, le 14 octobre 1926, le malade est en occlusion intestinale de 3 jours environ. Pris dans l'après-midi du 11, de coliques irrégulièrement espacées et de plus en plus fortes le malade dit n'avoir rendu ni matières, ni gaz par l'anus depuis ce moment. Il eut un vomissement le soir, et la nuit fut assez calme. Le lendemain, il reste couché, se plaint toujours de coliques et vomit. Une purgation est rejetée presque aussitôt l'absorption et le 13, dans l'après-midi, un médecin est demandé par le malade.

Mis en observation, celui-ci reçoit plusieurs lavements, qui restent sans effet, les vomissements sont fréquents et le 14, son transfert immédiat à la clinique est décidé.

A son entrée, le malade paraît très fatigué, le facies est terreux, les traits tirés, le regard inquiet, les yeux cernés, la langue et les lèvres sèches, la respiration rapide et superficielle. Le ventre peu douloureux est moyennement distendu et on ne note pas d'ondes péristaltiques courant sous la paroi. Hypersonorité généralisée. La palpation profonde révèle un point plus douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal ne montre rien d'anormal. Température :

37°4. Pouls à 120. Le malade est transporté dans la salle d'opération.

Rachianesthésie de 0,10 scurocaïne. Presqu'immédiatement, état syncopal qui disparaît rapidement, dès que le malade est incliné légèrement, la tête en bas. Incision médiane sus et sous-ombilicale de 12 centimètres environ. Les anses intestinales se présentent très congestionnées, distendues et sans ondes péristaltiques. La distension conduit dans le pelvis où se trouve l'obstacle. L'incision est agrandie jusqu'au pubis.

On constate alors l'étranglement interne d'une anse grêle, qui s'est engagée complètement sous une bride longue de 8-10 centimètres et du calibre d'un fin crayon. Au-dessous, l'intestin est aplati, mais de couleur rosée normale. On le libère par section prudente de la bride et le sillon d'étranglement apparaît sphacelé ; on fait alors une résection sur 20 centimètres environ, fermeture des deux bouts d'intestin et anastomose latéro-latérale ; lavage des sutures à l'éther et fermeture de la paroi plan par plan. Pendant qu'on recoud la peau, émission bruyante et abondante de matières.

Le malade succombe le 4^e jour, après l'intervention, sans avoir émis ni selle, ni gaz. La température oscillait de 37,4 à 38° le soir et le pouls restait aux environs de 120-130.

VI. — OBSERVATION (LECÈNE)

Il s'agissait d'une femme âgée de 62 ans, qui était atteinte d'une hernie crurale gauche, présentant des signes d'étranglement manifeste depuis 3 jours au moins. On découvrait facilement chez cette malade maigre, une hernie crurale gauche marronnée, petite et très dure... C'était en 1907... Je fis une anesthésie rachidienne, avec la solution de stovaïne.

Au moment où j'allais inciser la paroi, je fis encore une fois la recherche de la hernie crurale étranglée ; à ma grande surprise, je ne trouvai plus rien, le canal crural était vide. Je crus même un instant que les champs opératoires avaient été placés de l'autre côté. Vérification faite,

c'était bien le côté gauche où l'on percevait, quelques minutes auparavant, la hernie étranglée. J'eus un instant d'hésitation : devais-je inciser tout de même ou bien faire confiance à cette réduction spontanée ? Réflexion faite, je pris le premier parti.

Après incision du sac vide, j'aggrandis en débridant le collet et je cherchai dans la fosse iliaque l'anse étranglée : je la trouvai de suite ; l'anneau de constriction était encore extrêmement serré. La portion d'intestin grêle qui, quelques minutes avant était encore étranglée, était de couleur rouge noirâtre avec quelques taches verdâtres. Je lavai l'anse au sérum chaud et je vis alors que les taches verdâtres ne présentaient aucune tendance à reprendre vie. Je me décidai à les enfouir simplement — car elles étaient de petites dimensions — sous plusieurs points de suture séro-musculaire. Je réintérai l'anse grêle, ainsi réparée, dans l'abdomen ; deux heures environ après l'opération, il y eut une débâcle intestinale très importante et la malade guérit.

VII. — OBSERVATION (LEPOUTRE)

Une malade de 50 ans, obèse, emphysémateuse, fortement glycosurique, m'est envoyée d'urgence le 23 décembre 1923. Elle est prise, depuis 3 jours, d'accidents aigus d'occlusion intestinale. Pas de température, pouls à 90. Ventre très ballonné, tendu, sans défense musculaire ; pas de contractions péristaltiques apparentes ; une anse extrêmement ballonnée donne à l'abdomen un aspect très particulier et nous pensons à un volvulus de l'anse sigmoïde.

Rachianesthésie, 0.10 de syncaïne. Quelques minutes après l'injection, une débâcle de matières et de gaz vient libérer l'abdomen. Laparotomie médiane. Il s'agit, en réalité, d'une appendicite perforante, avec péritonite généralisée. Extirpation de l'appendice, toilette du péritoine. Guérison. »

VIII. — OBSERVATION (MARQUIS)

Mme P..., 65 ans. — Entre le 6 février 1927, pour une cure radicale de hernie inguinale gauche étranglée. Dans la matinée du 5, la malade, qui depuis une dizaine d'années, se sait porteuse d'une hernie, a ressenti au niveau de la région inguinale gauche une légère douleur ; elle déjeune cependant avec appétit et vaque ensuite à son travail de la ferme. Vers le milieu de l'après-midi, devant la persistance de sa gêne, surtout marquée par les mouvements de flexion du tronc, la malade s'examine et constate « une petite grosseur qui lui fait mal », dit-elle.

Dans la soirée, elle commence à s'inquiéter de la hernie « qu'elle ne peut faire rentrer » et se couche sans dîner. Dans la nuit surviennent deux vomissements.

Le lendemain, un docteur appelé en consultation, diagnostique une hernie inguinale étranglée et fait transporter sa malade en auto à la clinique.

L'examen de Mme P..., à son arrivée, permet de confirmer le diagnostic : la hernie, du volume d'un œuf de pigeon, est irréductible, tendue, submate à la percussion et légèrement douloureuse ; le ventre est dépressible bien que météorisé sur toute son étendue, le tympanisme est maximum dans la région périombilicale. L'état général est assez bon, malgré un visage anxieux et fatigué. Le pouls est régulier, bien frappé à 84 ; la température rectale est de 37.4. La dernière selle est du 4, dans la soirée, les derniers gaz émis l'ont été dans la matinée du 5. Le dernier vomissement s'est produit pendant le transport de la malade à la clinique. On décide l'intervention immédiate.

Après rachianesthésie de 0,10 scurocaine, on incise le sac qui contient une anse intestinale violacée, distendue et de l'épiploon congestionné. Le collet est sectionné sur le doigt, l'anse reprend vite sa coloration normale, le sillon étant peu marqué, on rentre l'intestin dans l'abdomen et résèque une partie de l'épiploon étranglé.

Ligature du sac, Barker, Bassini et fermeture de la plaie aux crins.

A noter, pendant la résection de l'épiploon, une selle pâteuse d'extrême abondance. Suites opératoires normales ; l'opérée quitte guérie la clinique le 20 février.

IX. — OBSERVATION (MARQUIS)

Mme R..., 54 ans. — Entre le 20 octobre 1926, à la clinique avec syndrome complet d'élésus. Les premiers phénomènes remontent à une semaine ; depuis lors, constipation opiniâtre, aucune émission de gaz, nombreux vomissements.

L'état général est très mauvais, le regard éteint, le visage gris terreux, stercorémique. Le poulx, petit, bat à 120, les extrémités sont froides, la température rectale est de 37°,6.

L'examen du ventre le montre fortement augmenté de volume, et contrastant avec l'aspect amaigri de la malade ; dans la région péri-ombilicale gauche et épigastrique, quelques anses intestinales se dessinent sous la peau. A noter que, depuis près de six mois, la malade a fait plusieurs crises de subocclusion, variant de 2 à 4 jours.

Après injection de 40 cc. d'huile camphrée et 500 cc. de sérum sous-cutané, on fait l'intervention sous rachianesthésie, avec 0,08 de scurocaïne, entre L1 et L2.

Une dizaine de minutes après la fin de l'injection, la malade évacue sur la table quelques matières molles et émet des gaz dont l'odeur est extrêmement fétide.

Une laparotomie médiane est néanmoins pratiquée, qui s'étend de l'ombilic au pubis. L'intestin (gros et grêle) se présente congestionné, très distendu et rempli de matières. Son exploration prudente conduit rapidement sur une masse dure (volume, œuf de poule), située près de l'extrémité splénique du transverse et à laquelle adhère le grêle qui, à cet endroit, est coudé. On finit par rompre les adhérences et libérer le grêle qui, après lavage à l'éther, reprend sa coloration normale. Colon ascendant et partie droite du trans-

verse restent distendus. On pratique une iléo-sigmoïdostomie. Toilette du péritoine à l'éther et fermeture du ventre aux fils de bronze.

La malade meurt trois heures environ après l'intervention.

X. — OBSERVATION (MARQUIS)

G..., homme de 60 ans, visage congestionné, passé éthylique chargé, fut pris le 17 avril, à minuit $\frac{1}{2}$, de violentes douleurs abdominales. Appelé vers 8 heures du matin, son médecin le trouve dans une crise de coliques extrêmement pénibles (t. 36° 8 ; pouls : 72). La palpation de l'abdomen le montre souple, peu douloureux, sauf en un point situé à 3 centimètres environ à droite de la ligne blanche et à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal. A ce niveau, on sent nettement une masse, du volume d'un œuf, en forme de fer à cheval, dont la concavité regarde en bas et en dedans. Cette masse paraît située dans la cavité abdominale, directement contre la paroi musculaire.

Application de compresses d'eau chaude laudanisée. Boissons froides.

11 heures du matin. — Les douleurs abdominales persistent intenses ; la masse est toujours très perceptible ; le ventre est beaucoup moins souple et devient douloureux partout (t. : 38 ; pouls : 88). Entéroclyse (4 litres) sans résultat.

15 heures. — Le ventre s'est encore tendu, le pouls est à 92. Le diagnostic d'occlusion est confirmé, et l'opération immédiate conseillée. Le malade est transporté à la clinique et opéré à 18 heures.

Injection intra-rachidienne de onze centigrs. de scurocaïne. Trois minutes après, évacuation abondante d'un liquide brunâtre très fétide, en même temps qu'une grande quantité de gaz.

A l'ouverture du ventre, on constate un véritable mouvement de reptation du grêle qui, dilaté, se contracte tout

à coup pour atteindre la grosseur de l'index, puis brusquement se dilate à nouveau.

On découvre une bride partant de l'épiploon et venant s'insérer sur le mésentère. Sous elle, une anse intestinale est encore engagée, mais assez peu serrée pour glisser librement. On sectionne la bride entre deux pinces.

Une quantité notable de liquide citrin est contenue dans l'abdomen ; on l'évacue et referme le ventre par plans.

Dans cette observation l'effet de la rachi peut se résumer ainsi : elle a été suffisante pour provoquer le mouvement de reptation et produire l'évacuation ; mais par suite de la bride, obstacle et cause de l'occlusion, il n'est pas douteux que celle-ci se serait reproduite.

Nous avons été très frappé par la contractilité du grêle qui, en certain point, n'était pas plus gros que l'appendice.

L'opération a duré 15 minutes et la rentrée du contenu abdominal a été très facilitée par la contraction des anses intestinales.

L'évacuation a continué après l'opération et s'effectue maintenant de façon normale (nous sommes au septième jour depuis l'intervention).

XI. — OBSERVATION (LE BALLE)

R. M., 57 ans, domestique, entre (service de médecine) à l'Hôtel Dieu, le 31 mars 1927, à 18 heures, pour occlusion intestinale probable. **Homme d'aspect très fatigué, voix éteinte**, précise mal le début de sa lésion : était couché depuis un mois environ, soigné pour grippe intestinale avec constipation. Depuis 3 jours n'a pas été à la selle et n'a pas rendu de gaz. Vomissements depuis 48 heures, les derniers bilieux.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné, peu sensible, les anses grêles dessinées sous la paroi ; hypersonorité médiane, matité avec clapotement liquide marqué dans les deux fosses iliaques. Le toucher rectal montre l'ampoule normale ; poussé très haut, le doigt réveille de

la douleur. Le pouls est assez bien frappé à 88 ; température, 37°8.

Des lavements sont prescrits qui, à deux reprises, ne donnent aucun résultat. Sérum et huile camphrée améliorent l'état général, mais le malade vomit à nouveau vers 5 heures du matin. A 8 heures, il est envoyé en chirurgie où le diagnostic d'occlusion est confirmé.

Avant d'intervenir chirurgicalement, une rachianesthésie est pratiquée avec la stovaine Billon à 8 h. 30 ; l'insensibilisation est parfaite au bout de 8 minutes. Malgré une attente de vingt minutes, aucune évacuation intestinale gazeuse ou liquide ne se produit. A 9 heures, introduction d'une sonde rectale, aucun gaz ; à 9 h. 15 et à 10 heures, deux lavements glycérinés ne donnent aucun résultat.

A 10 h. 30 (deux heures après le rachi) intervention chirurgicale sous anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane ; on récline les anses grêles distendues de liquides et encore immobilisées par la rachi ; on découvre une coudure profonde du grêle au niveau du détroit supérieur du bassin. Le grêle est adhérent et coudé à angle aigu, contre le colon sigmoïde enflammé, épaissi, recouvert d'une plaque de sphacèle sur 8 cm. de long. Il y a du pus dans le pelvis. On libère le grêle. L'appendice attiré est absolument normal, ainsi que le cœcum.

L'anse sigmoïde sphacelée est attirée rapidement dans un orifice d'anus iliaque gauche et fixée. Toilette péritonéale à l'éther. Mèche et drain dans le Douglas. Fermeture aux fils de bronze.

L'intervention a duré 35 minutes ; le malade épuisé meurt à 16 heures.

Les quelques observations que nous venons de citer, sont, on le voit, semblables à d'autres déjà parues sur cette question de l'iléus et de la rachianesthésie ; certaines même (MAYER, LÉPOUTRE, BONNIOT...) ont été

recueillies dans des revues chirurgicales. Ce ne sont donc que des observations-types destinées à montrer comment se comporte l'anesthésie intra-rachidienne dans les variétés les plus communes d'occlusion aiguë.

Que la rachi ait eu une influence heureuse dans les observations 1 et 2, ceci ne nous doit pas surprendre. Il s'agissait vraisemblablement dans ces deux cas d'iléus dynamique pur, c'est-à-dire de la variété qui, d'après notre théorie, a le moins de chances d'insuccès, de celle qui devrait disparaître toujours par ce procédé d'anesthésie.

De même dans l'observation 7, où l'iléus dénonce une infection péritonéale et est encore de nature dynamique.

Déjà, dans la quatrième (iléus dynamique) l'effet a été retardé, la selle bienfaitrice n'est apparue que 25 minutes après l'injection rachidienne ; encore faut-il avouer que les manipulations exercées sur l'intestin, dans le but de trouver l'obstacle, n'ont pu qu'exciter la péristaltique intestinale. Les observations ne manquent pas, qui relatent une émission de matières, au cours de manipulations de l'intestin sous narcose générale.

La plupart de nos observations (5, 6, 8) ne nous montrent une selle qu'après suppression de l'obstacle et il n'est rien d'extraordinaire par conséquent dans le phénomène évacuateur.

Nous considérons avec un intérêt spécial la troisième et la dixième où l'obstacle est levé momentanément sans disparaître, et nous verrons tout à l'heure l'importance

de ce fait singulier, pour nous dicter la conduite à tenir.

Dans la neuvième, l'évacuation ne semble s'expliquer que par la vidange du bout inférieur seul et nous pourrions, sans doute, admettre l'influence adjuvante sinon exclusive, d'un excès de pression intra-abdominale, poussant les matières vers l'anus ouvert.

Quant à la dernière, une selle nous aurait fort étonnés, puisque la bride serrée forme un premier obstacle mécanique et que le second, déterminé par un rétrécissement inflammatoire se trouve à la partie de l'anse sigmoïde, c'est-à-dire réduisant à rien le bout inférieur.

DISCUSSION — CONDUITE A TENIR

Telle est l'action de la rachianesthésie sur un intestin occlus ; analysons-la maintenant dans ses conséquences et considérons quelques-uns de ses avantages et de ses inconvénients.

En produisant une débâcle stercorale, en créant une entérostomie aseptique, elle transforme providentiellement les conditions de l'opération. Au lieu de ces anses intestinales qui, aussitôt l'ouverture du ventre, s'engouffrent dans la plaie, font une éruption intempestive, se précipitent gonflées sous les ciseaux, et se répandent en désordre sur les champs opératoires, nous avons des chances de les trouver assagies et dociles. Combien il est alors plus facile d'explorer tranquillement, minutieusement et avec plus d'espoir de succès, le contenu abdominal !

Nous n'insisterons pas sur ce silence abdominal que rêvent tous les chirurgiens se préparant à une laparotomie ; il suffit de l'avoir constaté une fois pour le désirer toujours.

Enfin, la rachianesthésie ne fait disparaître ni les réflexes laryngés, ni les réflexes pharyngiens et c'est là,

croyons-nous, une considération importante. Le malade pourra plus facilement se défendre contre l'asphyxie terrible et la noyade que donne parfois pendant l'opération, le « grand vomissement » des occlusions, « point noir des interventions d'urgence » comme le dit si bien SANTY.

Silence abdominal, défense contre la submersion, possibilité d'une évacuation transmatrice, tels sont donc les principaux avantages plaidant en faveur d'une rachianesthésie dans l'occlusion intestinale ; mais des inconvénients surgissent qui militent pour la cause contraire.

Le premier naît d'une qualité, et s'il n'existe pas, en général, son exception n'en est pas moins regrettable : nous voulons parler de la disparition de la cause de l'iléus. Qu'une obstruction, secondairement complète, déterminée par un coprolithe, un calcul biliaire, un paquet d'ascaris, etc... ait disparu sous l'influence de l'anesthésie rachidienne, le fait peut n'avoir pas de conséquences fâcheuses et si ce corps étranger n'a pas été expulsé dans la débâcle, on aura peut-être la bonne fortune de le retrouver au cours de l'exploration intestinale et de remédier à sa présence.

Mais qu'il s'agisse d'un volvulus partiel détordu... ! A l'examen de la cavité abdominale et de son contenu, rien d'anormal : pas d'inflammation, aucun dépoli sur la séreuse, aucune bride, pas d'adhérences, pas d'ulcération ; devant tout ce bon ordre on referme le ventre... Mais bientôt, car l'intestin qui s'est tordu conserve ten-

dance à la récidue, sans température, ni tapage, le volvulus se reproduit et l'iléus réapparaît.

Insistons aussi sur l'état des malades atteints d'occlusion intestinale, constituée depuis quelques jours. Ils sont extrêmement affaiblis, considérablement intoxiqués, en même temps que déshydratés. Ce sont surtout des hypotendus et nous savons que la rachianesthésie donne encore de l'hypotension. Ecoutons à ce sujet le Docteur Picot. « Je fus alors extrêmement surpris, dit-il, de constater la chute considérable de la tension artérielle, qui se produit au cours de la rachianesthésie. Les chiffres de 5 minimum, 8 maximum, étaient habituels... malgré des injections préventives de caféine, mon malade qui avait avant l'opération 11-21 au Pachon, n'avait plus au cours de l'opération que 6-9.

J'ai pris la tension artérielle au Pachon, de plusieurs malades en état d'occlusion grave et j'ai trouvé toujours des chiffres très bas : 6-11 ; 5-12. »

Il sera particulièrement indiqué de faire à ces malades, avant ou pendant l'intervention, une injection (500 cc. au moins) de sérum artificiel, injection qui sera renouvelée quelques heures plus tard.

Disons tout de suite quelle importance nous attribuons à la dose employée d'anesthésique. Il nous a paru, au cours d'opérations diverses, que cette dose devait varier suivant l'état du sujet au moment de l'intervention. C'est ainsi que douze centgrs de scurocaïne seront mieux tolérés par un individu ayant une résistance vitale normale, que par tel autre déprimé ou choqué. Chez ce dernier une dose de huit centigr. pourra donner une

anesthésie parfaite, voire même dangereuse, alors que chez le premier dix centgrs seront à peine suffisants. Cette question de la moindre résistance est un facteur considérable, sur la valeur duquel nous voudrions fixer l'attention du chirurgien.

Enfin, nous arrivons à un autre inconvénient de la raché : l'absorption par l'intestin d'un contenu stercorémique. Cette absorption en masse par le bout inférieur sain peut quelquefois être l'occasion de surprises fâcheuses pour le chirurgien, et de conséquences graves, même fatales, pour le malade. Ce serait là une infériorité manifeste de l'entérostomie anesthésique, vis-à-vis de l'entérostomie chirurgicale. Celle-ci, en évacuant le contenu toxique sur place, au travers d'un intestin malade, saturé, qui absorbe très peu, assure la désintoxication, tandis que le passage dans le segment inférieur ne peut qu'aggraver la toxémie.

Nous pensons cependant que si la bouche chirurgicale est faite sur une anse distendue, susjacente à un obstacle haut situé, la dénutrition, la cachexie qui en résultent, seront tout aussi redoutables que l'absorption en masse, et il ne faut pas exagérer les méfaits de cette dernière. L'évacuation abondante de matières élimine, en réalité, pas mal de toxique et rien ne contre indique — au contraire — une entéroclyse adjuvante et le Murphy.

Nous avons vu tout à l'heure que, d'abord, la raché n'agit pas toujours, et ensuite qu'elle peut agir, sans lever l'obstacle de façon définitive.

Quand elle n'agit pas, la situation n'est pas plus com-

promise que sous narcose générale, on fera une laparatomie explorative et la cause de l'iléus sera cherchée directement.

Quand une selle au contraire se sera produite, libérant l'intestin, nous y verrons une circonstance heureuse, dont nous tirerons parti en intervenant aussitôt. Cette selle, en effet, n'est bienfaisante à notre avis, qu'à la seule condition de ne pas nous dissuader d'une opération immédiate.

Que certains, dont nous ne pouvons qu'envier la science, puissent affirmer un iléus dynamique pur, éliminant sans hésitation la cause mécanique, cela est parfait. Ils peuvent alors, une fois la selle produite, se dispenser de l'acte opératoire ; leur thérapeutique abstentionniste est suffisante et nous rendons hommage à cette précision confirmée du diagnostic.

Nous pensons, quant à nous, que les cas où nous pouvons ainsi trancher net ce diagnostic, sont malheureusement rares, et que le syndrome iléus dynamique est trop voisin de l'iléus mécanique, pour que nous osions les séparer, au point de rejeter une intervention pour les premiers. La conséquence pourrait être trop grave, selon nous, de refuser l'opération d'un iléus mécanique. Celui-ci peut d'ailleurs fort bien n'être que la traduction d'une lésion péritonéale profonde, et comme le dit TOUPET : « il ne faut pas lorsque les signes d'occlusion prédominent, passer à côté de la lésion initiale, ignorer une perforation de l'estomac, de l'appendice, du duodénum ou de la vésicule biliaire, méconnaître une pancréatite aiguë. Il faut traiter la

péritonite et sa cause, c'est le meilleur moyen de faire cesser l'occlusion. »

Si l'iléus mécanique est récent, si les lésions histologiques n'existent pas encore, le mal est moindre ; l'iléus se reproduira tôt ou tard, puisque la cause persiste, et l'opération viendra cette fois, espérons-le, guérir l'occlusion. Nous n'en croirons pas moins que la seconde atteinte n'a pu qu'être préjudiciable au malade et que l'on a eu tort d'attendre.

Mais si l'iléus est bien constitué, si les phénomènes nécrotiques existent, quels risques immenses de désastre s'accumulent, si nous n'opérons pas de suite. L'obstacle persiste, le sphacèle augmente, une péritonite s'installe et le malade qu'on a pu sauver de la stercorémie, mourra de péritonite. Le chirurgien, en s'abstenant, a commis une faute lourde de conséquences et grave de responsabilité.

Il doit opérer.

Mais aussitôt une nouvelle question se pose : quand doit-il opérer ?

Il serait évidemment souhaitable de remonter son malade après la selle améliorante et de l'opérer un jour ou deux plus tard, quand il serait moins choqué. Nous savons en effet que chez ce malade déprimé, la vitalité est très réduite, un choc opératoire minime peut le faire disparaître et la simple laparatomie, d'ordinaire si anodine, devient souvent, dans l'occlusion aiguë, un acte opératoire très sérieux. Ces considérations, nous devons le reconnaître, ont une puissance indéniable, mais n'oublions pas que l'iléus peut se reconstituer vite, que

les lésions organiques intestinales et péritonéales s'aggravent rapidement si on n'enlève pas l'obstacle et peuvent créer bientôt une situation irrémédiable.

Nous sommes ici devant une troublante alternative, et, malgré les avantages signalés de l'intervention immédiate, il nous semble impossible de fixer une règle de conduite absolument générale, dont on ne puisse s'écarter sans faute.

Qu'il nous soit permis de rapprocher ici l'occlusion intestinale aiguë, de la hernie étranglée. Nous pensons avec GUILLAUME que « tout, du double point de vue anatomique et physio-pathologique, est semblable dans ces deux affections que l'on peut à bon droit considérer comme deux modalités, l'une extérieure (extra-abdominale), l'autre intérieure (intra-abdominale) d'un même état pathologique. Et si le pronostic seul est si différent dans les deux cas, cela tient vraisemblablement à la précocité de l'intervention ». La statistique est éloquente :

Hernies étranglées. Mortalité moins de 30 %.

Opération dans les 3 premiers jours

Occlusions. Mortalité 60-65 %.

Opération vers 6^e jour.

En ne considérant que les occlusions de moins de 3 jours, la mortalité tombe à 27 %.

Il est bien évident que si dans nos observations 5, 6, 7, l'opérateur s'était contenté du résultat de la rachianesthésie, le malade serait mort de péritonite.

Si donc la rachianesthésie devait être employée seule,

dans un but thérapeutique, nous craindrions de lui voir appliquer, avec juste raison, la parole que HARTMANN, en 1897, disait de l'anus contre nature : « Elle n'a jamais tué un malade, c'est possible, mais elle en laisse mourir beaucoup ».

Il faut se méfier en particulier des iléus post-opératoires, que l'on considère trop volontiers, semble-t-il, comme des iléus dynamiques. Nous avons déjà dit, combien ce diagnostic était délicat, et à quels dangers d'abstention il exposait.

Qu'une infection péritonale légère puisse causer un iléus paralytique, nous n'en disconvenons pas, mais elle peut ne pas limiter son action à autant de bénignité, et fort bien déterminer la production de brides ou d'adhérences qui établiront un iléus mécanique.

Nous signalerons seulement les adhérences possibles de l'intestin à un moignon insuffisamment repéritonisé, car il suffit de savoir la faute à éviter, pour ne pas la commettre.

Il ne faut donc pas demander à la rachi plus qu'elle ne peut donner. A côté d'avantages réels, tels que le silence abdominal et la possibilité d'une émission de matières, elle garde ses inconvénients.

L'évacuation d'une selle rend, nous l'avons vu, plus facile et plus complète une opération qui, sans elle, eût été laborieuse et dangereuse ; l'intervention n'en reste pas moins une intervention grave.

Chez des malades en occlusion, considérablement hypotendus ou choqués, nous ne l'emploierons pas plus que nous ne l'emploierions chez des malades non occlus,

dont l'état contre indiquerait cette anesthésie. Nous réserverons à ces cas l'anesthésie locale et probablement, puisque l'opération a lieu « in extremis », l'anus artificiel qui sera un pis aller.

Nous considérons, en réalité, la rachi comme un moyen d'anesthésie, voire même de traitement adjuvant, mais non de cure radicale de l'occlusion. Elle devra toujours, en pratique, être suivie d'une laparotomie qui montrera l'obstacle, et sauf les rares exceptions de l'iléus dynamique pur — nous en avons assez dit ce que nous en pensions — il serait coupable de s'en tenir à son effet évacuateur. Celui-ci rend dans l'occlusion le même service qu'une trachéotomie dans le cas d'œdème de la glotte consécutif à un cancer du larynx. C'est un traitement qui ne s'attaque pas à la cause même du mal, et de ce fait, est insuffisant.

Dans un cancer du larynx, dans un cancer du rectum, une fois que l'air a été détourné par une trachéotomie, que les matières ont trouvé une issue par une entérostomie colique gauche, on a pallié les accidents immédiats ; le « traitement d'urgence » continue son action et les lésions néoplasiques évoluent lentement.

Bien différent est le cas de l'iléus et de la rachi : l'effet de l'anesthésique est éphémère et au niveau de l'obstacle, les lésions évoluent avec rapidité ; le bistouri doit donc intervenir sans retard. On devra profiter de l'anesthésie pour se livrer à des investigations intrapéritonéales nécessaires, mais il ne faut pas compter sur la débâcle.

Si elle se produit, ce sera presque toujours un bien

que le chirurgien appréciera, mais qui ne l'empêchera pas d'intervenir.

Si elle ne se produit pas, il semble tout à fait inutile de perdre des minutes précieuses en l'attendant. Nous pensons au contraire que plus on opérera tôt et plus vite on enlèvera l'obstacle, plus on aura de chances de voir se manifester l'effet de la rachi, sur les anses intestinales rendues libres, qui conduiront alors les matières jusqu'à l'anús relâché.

CONCLUSIONS

Après avoir observé, en témoin curieux et sans parti pris, des faits cliniques, dont le mécanisme intime peut être éclairé par quelques-unes de nos considérations physiologiques, nous croyons pouvoir conclure que :

1° en inhibant le parasympathique et le sympathique, la rachianesthésie fait cesser le spasme et permet la contraction de la musculature lisse du grêle. Celle-ci *au niveau d'un obstacle* obéit au phénomène d'ERHMANN (contraction des fibres musculaires longitudinales).

2° la rachi garde dans l'occlusion aiguë les inconvénients qu'elle apporte dans les autres affections chirurgicales, mais sans les augmenter au point de faire oublier les plus nombreux avantages qu'elle procure.

3° Dans l'iléus dynamique pur — spasmodique, paralytique ou spasmo-parétique — la rachianesthésie agit dans la très grande majorité des cas, en produisant une évacuation de matières, suffisante pour guérir l'occlusion.

4° cette dernière variété d'iléus est plus rare qu'on ne le croit, et d'un diagnostic excessivement délicat,

trop difficile à affirmer pour dispenser d'une laparotomie de contrôle.

5° dans l'iléus mécanique « complet secondairement » la rachi peut produire une selle sans lever l'obstacle de façon définitive. Elle est alors insuffisante pour amener la guérison, et son emploi exclusif peut exposer aux pires désastres.

6° dans l'iléus mécanique « complet primitivement », la rachianesthésie est notoirement insuffisante, puisqu'elle ne peut vaincre l'obstacle, même momentanément.

7° dès le diagnostic posé d'occlusion intestinale aiguë, et s'il n'existe pas de contre-indication spéciale, telle qu'une hypotension notable chez un malade choqué ou très affaibli, nous emploierons systématiquement la rachianesthésie, en vue d'une opération immédiate.

La rachi reste pour nous un procédé utile et parfait d'analgésie, sans prétention curative de l'iléus aigu.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de thèse,*

P. DUVAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

M. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

COTTE-SANTY. — De l'action de l'anesthésie rachidienne au cours de l'occlusion intestinale. *Lyon Chirurg.*, 1924 ; XXI, 70-78.

COURTADE et GUYON. — *Archives de physiol. normale et pathologique*. Année 1897, n° 2, p. 433 et n° 4, p. 883.

P. DUVAL-CHÉNUT. — La rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës ; indications ; résultats. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris. Séance du 9 février 1927.

GUILLAUME. — Notes cliniques sur l'occlusion intestinale et son traitement. *Journal médical français*. Paris, t. XI, n° 6, juin 1922.

J.-F. GUYON. — Mouvements de l'intestin. Innervation motrice. *Dictionnaire de physiologie de Richet Paris*, 1913.

C.-F. KING. — Studies on intestinal inhibitory reflexes. *Amer. J. Physiol.*, LXX ; 183-193 ; sept. 1924.

- LEGUEU-SCHWARTZ. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris. Séances du 8 mai et 22 mai 1901.
- LERICHE. — A propos de l'anesthésie rachidienne. *Lyon Chirurgical*, 1924 ; XXI ; 381-394.
- A. MAYER. — Ueber die Wirkung der Lumbalanästhesie auf die glatte muskulatur. *Deutsche méd. Wochenschrift*. Berlin, 1921, n° 48.
- NÉLATON-HARTMANN. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris. Séance du 6 octobre 1897.
- PICOT. — Rachianesthésie et iléus. *Bulletin Société Chirurgie. Paris*. Séance du 23 mars 1927.
- PATEL. — *Nouveau Traité de Chirurgie* publié sous la direction de P. DELBET et SCHWARTZ, 1924, t. XXIX. Hernies ; mécanisme de l'étranglement.
- PI-SUNER et PUCHE. — Le sympathique sensitif. *C. R., Soc. biol.*, XCII ; 812-813 ; 1925.
- TASSO ASTÉRIADÈS-LEFEBVRE. — Action de la rachianesthésie dans l'iléus. *Presse médicale*, 7 nov. 1925 et 19 déc. 1925.
- TÓUPET. — De la conduite à tenir dans l'occlusion intestinale. *Bulletin de l'Association des anciens médecins des corps combattants*. Avril 1923.
- G.-A. WAGNER. — Zur behandlung des ileus mit lumbalanæsth. *Arch. f. gynæk.* Berlin, 1922 ; CXII, 336-339.
- WAUGH. — Enterectomy under spinal anæsthesia for acute intestinal obstruction in an infant 24 hours old. *The lancet*, t. 182, n° 4616. 17 février 1912.

OBSERVATIONS

prises dans *Bulletin Société de Chirurgie*. Paris.

MAYER-BONNIOT. — Séance du 9 février 1927.

LEPOUTRE. — Séance du 2 mars 1927.

LECÈNE. — Séance du 16 mars 1927.
